

# Patientenaufnahmebogen

Praxis

Dr. med.  
Friedrich Scheibe

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel. Mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

## Willkommen in unserer Praxis!

Die nachfolgenden Fragen helfen uns, Ihnen eine komplikations- und reibungslose Behandlung zu ermöglichen. Bitte tragen Sie mit Ihren Angaben dazu bei - diese werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

### Soziales:

Familienstand: .....

Kinder: .....

Beruf: .....

### Operationen? Wann?

Zeitpunkt

Blinddarm  Ja \_\_\_\_\_  Nein

Mandeln  Ja \_\_\_\_\_  Nein

### Medizinische Daten:

Größe: .....

Gewicht: .....

Andere: .....

### Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Ja  
 Nein

### Unfälle/Vorerkrankungen?

Bluthochdruck  Ja  Nein

Blutzuckerkrankheit  Ja  Nein

Magenerkrankung  Ja  Nein

Tumorerkrankung  Ja  Nein

Nierenerkrankung  Ja  Nein

Hautkrankheit  Ja  Nein

Fettstoffwechselstörung/  
erhöhtes Cholesterin  Ja  Nein

Gicht/Harnsäurestoff-  
Wechselstörung  Ja  Nein

Gelenk-Rheuma  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

Aids  Ja  Nein

Leberentzündung  Ja  Nein

Asthma  Ja  Nein

Herzkrankheit/Herzinfarkt  Ja  Nein

Herzschrittmacher  Ja  Nein

Psychische Erkrankung  Ja  Nein

Anfallsleiden  Ja  Nein

Andere .....

### Leiden Sie an Allergien?

Ja  
 Nein

### Wenn ja, worauf reagieren Sie allergisch?

.....  
.....  
.....

### Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig und in welcher Dosis ein?

.....  
.....  
.....  
.....

### Nehmen Sie „blutverdünnende“ Medikamente ein (z.B. ASS, Marcumar)?

Ja  
 Nein

### Krankenhausaufenthalte:

von....bis	Erkrankung
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

### Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Röteln	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Windpocken	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Mumps	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Scharlach	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

=> bitte Rückseite beachten!

**Erkrankungen in der Familie  
(Eltern, Geschwister):**

- Bluthochdruck  Ja  Nein  
 Blutzuckerkrankheit  Ja  Nein  
 Fettstoffwechsel  Ja  Nein  
 Herzinfarkt  Ja  Nein  
 Asthma  Ja  Nein  
 Schlaganfall  Ja  Nein  
 Krebs  Ja  Nein  
 wenn ja, welche Krebsart?  
 .....  
 .....

Andere Erkrankungen  
 .....  
 .....

**Rauchen Sie?**

- Ja  Nein

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**

- Ja  Nein

**Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?**

- Ja, im..... Monat  
 Nein  
 ungewiss

**Wann hatten Sie den letzten Gesundheits-  
Check?**

.....

**Machen Sie regelmäßig Krebsvorsorgeunter-  
suchungen?**

- Ja  Nein

**Wenn ja, wann zuletzt?**

.....

**Wie sind Sie auf unsere Praxis  
aufmerksam geworden?**

- durch die Familie  
 durch einen Kollegen am Arbeitsplatz  
 durch die Gelben Seiten  
 durch das örtliche Telefonbuch  
 durch das Arztschild  
 ich wohne in der Gegend  
 Internet  
 .....

**Möchten Sie in Zukunft regelmäßig von  
uns über bestimmte wichtige Gesund-  
heitsthemen informiert werden?**

- Ja  
 Nein

**Falls ja, welche Themen interessieren Sie  
besonders?**

- Impfungen, auch Reiseimpfungen  
 Gesundheitsvorsorge / Check-Up  
 Krebsvorsorge  
 Kinder- und Jugendvorsorge  
 alternative Heilmethoden  
 Akupunktur  
 Sportmedizin  
 .....

**Dürfen wir Sie in Zukunft an bestimmte  
Termine schriftlich, telefonisch oder per  
E-Mail erinnern?**

- Ja  
 Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

**Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin bei  
uns Ihren Impfausweis mit!**

Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin  
Sportmedizin, Hausärztliche Versorgung, Akupunktur

Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover

Am Spring 1, 31241 Ilsede - Gr. Bülten  
 Telefon 05172-7432, Fax 05172-126309  
 e-Mail service-scheibe@online.de

e Mail: service@hausarzt-scheibe.de